

Todo el personal debe prepararse en las maniobras de atención de emergencia y de evacuación de pacientes. Resulta difícil prever todas las dificultades que puedan presentarse durante una emergencia, por lo que serán mas fácilmente resultas si existe una preparación previa para enfrentar dichas situaciones.

Los eventos adversos deben examinarse en sus verdaderas dimensiones y consecuencia. La calma y mesura deben mantenerse siempre. Para el manejo preliminar de una situación de emergencia puede ser provechosa la discreción de la información sobre la situación de emergencia. Hasta que no exista la certeza de la existencia de un desastre es preferible guardar silencio.

El anuncio de una situación de emergencia debe ir acompañada de acciones requeridas para el control de la misma. La información que se transmita por teléfono, persona a persona o por altavoces, debe ser la misma información para todos y debe incluir detalles de lo que ha ocurrido y lo que debe hacerse. La oficina de Relaciones Públicas es la encargada de brindar la información, en hospitales en donde no cuenten con esta oficina, será el director del hospital quien designe a quién le corresponde asumir esta función.

Es importante que la conducción y control en el manejo de una situación de emergencia se lleve a cabo por una sola persona, la cual debe tener toda la información del evento adverso y la información global de lo que se está realizando con el propósito de que pueda tomar la decisión correcta. Al no estar presente la persona asignada oficialmente para manejar estas situaciones, deberá ser sustituida por la persona de más alta jerarquía en ese momento.

Para cubrir adecuadamente todas las actividades en respuesta a la emergencia, deberá contemplarse la participación de estudiantes de enfermería, de medicina, apoyo de visitantes y hasta de pacientes si ese fuera el caso.

El plan de acción debe contener:

- objetivos,
- responsables,
- normas y procedimientos
- recursos, tiempo y
- lugar de acción.

En el inicio de la situación de emergencia, podría ser suficiente evacuar aquellos pacientes que no requieran de ayuda adicional. De acuerdo al desarrollo de los acontecimientos la **EVACUACIÓN ASISTIDA**, puede ser necesaria. Sin embargo si se requiere una evacuación total, la operación es más compleja y difícil de realizar.

Si se evalúa pertinente la evacuación del establecimiento de Salud, esta debe hacerse por prioridades y de acuerdo a la estructura del edificio y planificación de evacuación establecida.

Después de considerar en forma realista la magnitud de la situación, se debe asumir el hecho de que algunos pacientes puedan salir y otros no. La elección debe basarse en la posibilidad que tienen de sobrevivir y el grado de esfuerzos que se requiere para llevar a cabo esta tarea.

Se deberá establecer rutas exclusivas para aquellos pacientes que puedan salir rápidamente, sin asistencia y con el mínimo de supervisión. Ciertas rutas de evacuación deben diseñarse para pacientes con prótesis, yesos y condiciones ortopédicas que necesitan evacuación asistida y tienen que movilizarse más lentamente. Al menos una debería planificarse para que el personal de evacuación retorne y continúe la labor.

Algunos miembros del personal deben ubicarse en sitios estratégicos de las rutas de evacuación para mantener un tráfico peatonal ordenado, otros deben ir al servicio o área para orientar la salida y disponer la distribución de los enfermos.

Otros deben permanecer en las estaciones de enfermería para mantener el orden e inculcar confianza en aquellos pacientes que están esperando ser evacuados e indicar al personal que retorna quien es el próximo.

Esta es a veces una difícil pero práctica decisión. El paciente o visita que haya salido del edificio no debe de regresar al mismo.

A continuación se describen algunos comportamientos elementales que deben tenerse en cuenta en situaciones de emergencia donde se requiera evacuar parcial o totalmente un servicio de salud.

## **PROCESO DE EVACUACION**

La evacuación debe realizarse por etapas y generalmente son tres:

**ETAPA I:** Conocida como evacuación horizontal, se refiere a la movilización de pacientes del área afectada por la emergencia a un sitio distante en el mismo piso. Previendo problemas potenciales, se debe movilizar tempranamente a los pacientes que no requieren asistencia a otras áreas en el mismo piso.

Desalojando el área se gana tiempo para evaluar mejor el peligro y estudiar adecuadamente las alternativas de manejo de los pacientes que necesitan ser asistidos.

**ETAPA II:** Se llama también evacuación vertical y consiste en la movilización de pacientes para descender a través de las rutas de evacuación más próximas y debe hacerse después de estudiar las implicaciones de haber tomado esta decisión.

**ETAPA III:** Conocida como evacuación total, debe tomarse en consideración la información disponible para hacer la evaluación integral de la institución. El riesgo de evacuar el hospital a otra área que no tenga las condiciones apropiadas, debe compararse con el riesgo que se corre permaneciendo dentro del hospital.

Este método de evacuación rápidamente reduce el número de pacientes en la zona de peligro y permite a las enfermeras dirigir sus esfuerzos hacia aquellos que requieren mayor asistencia.

Cada servicio de salud debe diseñar los planes de emergencia para responder a diferentes situaciones de desastres, por esta razón debe preverse más de una forma de realizar la evacuación.

## **INCORPORAR EN LA PRÁCTICA ASPECTOS DE MITIGACION Y PREPARACION**

Debe tomarse en cuenta toda la información disponible para realizar una evaluación integral de la emergencia del evento adverso y medir la respuesta de los servicios de salud.

Tomarse en consideración la posibilidad de evacuación de pacientes de acuerdo a la **vulnerabilidad de la institución**, la gravedad del paciente y las posibilidades que tienen para sobrevivir al igual que el grado de esfuerzo y recursos que se requieren para responder adecuadamente a la situación de emergencia.

Una vez se haya cubierto estos aspectos, se procede a la implementación del plan.

## **VULNERABILIDAD GLOBAL**

### **El problema**

Los diferentes desastres naturales que han afectado a Latinoamérica y el Caribe han dejado en evidencia que las instalaciones de salud son vulnerables a este tipo de fenómenos y en especial frente a terremotos, huracanes e inundaciones.

Por la ubicación del continente Americano, los países se ven expuestos entre otras

amenazas naturales a una actividad sísmica importante, la cual se ha traducido en daños de consideración en las instalaciones de la salud. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), entre 1981 y 1996, 93 hospitales y 538 unidades de salud han sido dañados a consecuencia de desastres naturales. Las pérdidas directas acumuladas por este concepto en Latinoamérica y el Caribe han ascendido a US\$3.120 millones, lo que podría compararse a una situación extrema en la que 20 países de esta región hubiesen sufrido (cada uno) la demolición de seis hospitales de primer nivel y de 25 unidades de salud.

Los hospitales poseen características de uso y diseño que los hacen particularmente vulnerables frente a los desastres naturales, por lo cual es de vital importancia estudiar la vulnerabilidad de este tipo de instalaciones frente a los desastres naturales, así como implementar las medidas de mitigación que aseguren el correcto funcionamiento de estas instalaciones durante e inmediatamente después de un desastre, como puede ser el caso de un sismo severo.

Para el caso particular de los terremotos los daños y colapso de las instalaciones de salud se deben al impacto de los terremotos sobre los elementos estructurales, sin embargo han existido casos donde hospitales han salido de funcionamiento debido a los daños en los elementos no estructurales, razón por la cual el tema de la mitigación hospitalaria debe ser tratada de manera integral a fin de considerar todas las variables que intervienen en su vulnerabilidad.

Es de tomar en cuenta la necesidad de contar con la infraestructura hospitalaria después de un desastre y con el fin que el sector de la salud pueda dar una respuesta para atender la emergencia, contingencias y los desastres es necesario que la administración con enfoque de riesgo realice los estudios de análisis de la vulnerabilidad estructural, no estructural y organizativa-administrativa de los servicios. Al final, sólo se podrá determinar la vulnerabilidad hospitalaria cuando se haga un estudio de vulnerabilidad global, el cual incorpore todos los aspectos a ser evaluados (estructural, no estructural y administrativo-organizativo).

Para referirnos al tema de vulnerabilidad esta íntimamente relacionada con **dimensiones** que expresan los procesos de interrelación del ser humano:

- \* Dimensión natural la inherente a la vida y relacionada con los límites naturales en los que la vida se hace posible.
- \* Dimensión Física se refiere a la localización de los asentamientos humanos.
- \* Dimensión económica Referida a la distribución de la riqueza y a los procesos de adquisición de bienes.
- \* Dimensión Social referente al grado de vinculación de los miembros de la comunidad entre sí y con el resto.

- \* Dimensión política o sea en nivel de autonomía que posee una comunidad para la toma de decisiones.
- \* Dimensión técnica referida a la mayor o menor acceso al conocimiento, aplicación y beneficio de los desarrollos tecnológicos.
- \* Dimensión Ideológica Relacionada con la concepción del mundo, de la sociedad, del estado así como del papel de la comunidad determinando la respuesta de los actores.
- \* Dimensión Cultural Patrones y valores que forman parte de una comunidad y predominan en ella determinando la manera de afrontar la vida y sus retos.
- \* Dimensión institucional esta determinada por las dinámicas de funcionamiento de las estructuras sociales.

### **Vulnerabilidad Estructural**

El término *estructural*, o componentes estructurales, se refiere a aquellas partes de un edificio que lo mantienen en pie. Esto incluye cimientos, columnas, muros portantes, vigas y diafragmas (entendidos estos como los pisos y techos diseñados para transmitir fuerzas horizontales, como las de sismos, a través de las vigas y columnas hacia los cimientos).

### **Vulnerabilidad No Estructural**

El término no estructural se refiere a aquellos componentes de un edificio que están unidos a las partes estructurales (tabiques, ventanas, techos, puertas, , cielos rasos, etc.), que cumplen funciones esenciales en el edificio (plomaría, calefacción, aire acondicionado, conexiones eléctricas, etc.), o que simplemente están dentro de las edificaciones (equipos médicos, mecánicos, muebles, etc.); pudiendo así agruparlos en tres *categorías*: arquitectónicos, instalaciones y equipos.

En el caso de los centros asistenciales los componentes no estructurales representan un valor económico superior al costo de la estructura. Conforme a análisis efectuados el valor del componente no estructural constituye en promedio más del 80% del costo total del hospital.

### **Vulnerabilidad Administrativa-Organizativa**

Este concepto se refiere a la distribución y relación entre los espacios arquitectónicos y los servicios médicos y de apoyo al interior de los hospitales, así como a los procesos administrativos (contrataciones, adquisiciones, rutinas de mantenimiento, etc.) y a las relaciones de dependencia física y funcional entre las diferentes áreas de un hospital.